

**Ce formulaire ne peut être utilisé qu'après avoir informé votre supérieur immédiat de la condition déficiente, et à la suite d'un délai raisonnable pour la corriger.**

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Nom de l'école ou du service :

Nom du directeur (trice) :

DESCRIPTION

Définition d'une condition déficiente : *toute situation qui entraîne un risque pour la santé et la sécurité d'une personne*

CORRECTIFS SUGGÉRÉS

SIGNATURE

Nom : \_\_\_\_\_ Titre : \_\_\_\_\_

Téléphone au travail : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

J'atteste avoir pris connaissance du présent relevé :

Signature du supérieur immédiat : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

SUIVI DU SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES

Présenté au Comité de santé et sécurité le : \_\_\_\_\_

Personne contactée au Service des ressources matérielles : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Commentaires \_\_\_\_\_

Dossier complété le : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_